

Tuukka Aho
Irinja Kinnunen
Juha Kylmälä

Lihavuuskirurgisten potilaiden kokemuksia vertaistuesta

Metropolia Ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitaja
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
15.04.2013

Tekijä(t) Otsikko	Tuukka Aho, Irinja Kinnunen, Juha Kylmälä Lihavuuskirurgisten potilaiden kokemuksia vertaistuesta
Sivumäärä Aika	30 sivua + 3 liitettä 15.04.2013
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaaja(t)	Yliopettaja FT Leena Rekola
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää lihavuuskirurgisten potilaiden kokemuksia vertaistuesta ennen ja jälkeen leikkauksen. Lisäksi kuvasimme vertaistukiryhmän toimintaa. Opinnäytetyö kuuluu osana Metropolia ammattikorkeakoulun ja Peijaksen sairaalan tutkimus- ja kehittämishankkeeseen, jonka tarkoituksena on kehittää lihavuuskirurgisen potilaan ja hänen perheensä ohjaus- ja neuvontamallia.</p> <p>Tutkimus toteutettiin syksyn 2012 aikana havainnoimalla Suomen lihavuusleikatut ry:n vertaistukiryhmän toimintaa ja haastatteleamalla sen jäseniä neljässä ryhmässä teemahaastatteluna. Kuvasimme vertaistukiryhmän dynamiikkaa, puheenaiheita ja tapaamispaikkaa. Haastattelumateriaalia kertyi noin kuusi ja puoli tuntia. Haastattelut analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin menetelmin ja vertasimme tuloksia aiemmista tutkimuksista poimimiimme lihavuuskirurgisten potilaiden tuen tarpeisiin.</p> <p>Opinnäytetyön tärkein tulos on, että lihavuuskirurginen potilas tarvitsee vertaistukea. Haastatteluista käy ilmi, että lihavuuskirurginen potilas saa psykologista tukea ainoastaan vertaistuen kautta. Kannustus ja tuki nousevat tärkeimmiksi preoperatiivisen vertaistuen muodoiksi. Haastateltavat pitävät postoperatiivisesti tärkeimpinä kokemusten jakamista, uskon vahvistumista ja tiedon saantia lääkehoidosta. Vertaistuki koetaan positiivisena asiana, vaikka siinä esiintyy normaaleja ihmisten väliseen kanssakäymiseen liittyviä haasteita. Vertaistukiryhmän vuorovaikutus on avointa ja jäsenet käyttävät paljon huumoria.</p> <p>Johtopäätöksenä voidaan todeta, että terveydenhuolto ei huomioi tarpeeksi lihavuuskirurgisen potilaan psyykkisen tuen tarvetta. Jatkossa voisi tutkia lihavuuskirurgisen potilaan kokemaa psyykkistä räsytystä ja sen huomioimista hoidossa sekä kehittää terveydenhuollon tiedonkulkua lihavuuden hoidossa.</p>	
Avainsanat	lihavuus, lihavuuskirurgia, vertaistuki, kokemus

Author(s) Title	Tuukka Aho, Irinja Kinnunen, Juha Kylmä Bariatric Surgery Patients' Experiences in Peer Support
Number of Pages Date	30 pages + 3 appendices 15 April 2013
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Leena Rekola PhD, Principal Lecturer
<p>The purpose of this final project was to look into the peer support experiences of bariatric surgery patients before and after the operation. Furthermore, we described the activity of the peer support group. The final project was a part of a larger research and development initiative between the Metropolia University of Applied sciences and the Peijas Hospital. The purpose of the initiative was to develop a guidance and counseling model to bariatric patients and their families.</p> <p>The study was executed during the fall of 2012 by observing the activity of the Bariatric Surgery Patients of Finland peer support group and interviewing the members in four groups based on theme interview methods. The dynamics, topics and the surroundings of the meeting place of the peer support group were described. The interview data was accumulated for approximately six and a half hours. The interviews were analyzed by using inductive content analysis and the results were compared to bariatric patients' needs for support from prior studies.</p> <p>The main result of this final project is that a bariatric surgery patient needs peer support. The interviews indicate that a bariatric surgery patient obtains psychological support only through peer support. Encouragement and support are the most important ways of preoperative peer support. The most important postoperative ways of peer support are sharing ones experiences, strengthening ones confidence and gaining information about pharmacotherapy related to pain relief. Peer support experiences are mostly positive despite that they involve the usual challenges of interactions between people. Interaction in the peer support group is open and the members use a lot of humour.</p> <p>The conclusion is that the health care system does not take enough into account the need for psychiatric support of a bariatric surgery patient. Further studies should look into the psychological aspects in the care of a bariatric surgery patient. Also the flow of information in the health care system should be developed regarding the care of obesity.</p>	
Keywords	obesity, bariatric surgery, peer support, experience

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Lihavuuden määritelmä	1
3	Lihavuuden hoito	2
3.1	Konservatiivinen hoito	2
3.2	Operatiivinen hoito	3
3.3	Postoperatiivinen hoito	5
4	Vertaistuen määrittelemine ja ryhmädynamiikka	5
4.1	Ensieto	7
4.2	Sopeutumisvalmennus	7
4.3	Tukihenkilötoiminta	7
4.4	Vertaistukiryhmät	8
4.5	Tukiryhmät	9
4.6	Ryhmän toiminta	9
5	Lihavuuskirurgisen potilaan tuen ja ohjauksen tarpeet	10
5.1	Preoperatiivinen tuen ja ohjauksen tarve	11
5.2	Postoperatiivinen tuen ja ohjauksen tarve	12
6	Tutkimuksen toteutus ja tutkimustehtävät	15
6.1	Aineistonkeruumenetelmät	16
6.1.1	Havainnointi tutkimusmenetelmänä	16
6.1.2	Haastattelu tutkimusmenetelmänä	17
6.2	Aineiston käsittely ja analyysi	18
7	Tulokset	20
7.1	Vertaistuen infotilaisuus	20
7.2	Vertaistukiryhmän toiminta	20
7.3	Kokemukset vertaistuesta	23
7.3.1	Preoperatiivisia kokemuksia vertaistuesta	23

7.3.2	Postoperatiivisia kokemuksia vertaistuesta	24
7.3.3	Kokemuksia vertaistukiryhmistä	26
8	Pohdinta	27
8.1	Tutkimuksen eettisyys	27
8.2	Tutkimuksen luotettavuus	28
8.3	Tulosten tarkastelu	29
8.4	Jatkotutkimusaiheita ja kehittämishaasteita	30
	Lähteet	31
	Liitteet	
	Liite 1. Kokemuksia vertaistukiryhmistä ja saamastaan tuesta	
	Liite 2. Saatekirjelmä	
	Liite 3. Esitietolomake	

1 Johdanto

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää lihavuuskirurgisen potilaan kokemuksia vertaistuesta. Vertaistuki on tärkeää, koska siinä potilaat saavat toisiltaan sellaista tietoa, mitä hoitajat eivät välttämättä pysty potilaille kertomaan, koska eivät ole kokeneet samaa kuin he.

Opinnäytetyömme kuuluu osana Metropolia ammattikorkeakoulun ja Peijaksen sairaalan tutkimus- ja kehittämishankkeeseen: Lihavuuskirurgisen potilaan ja hänen perheensä ohjaus- ja neuvontamallin kehittäminen Peijaksen sairaalassa. Hanke toteutetaan kolmessa vaiheessa. Vaihe 1 on tehty aikavälillä syksy 2009 – kevät 2010 ja kevät 2010 – syksy 2011. Vaihe 2 on tehty aikavälillä syksy 2010 – kevät 2011. Syksyllä 2011 on alkanut vaihe 3, johon opinnäytetyömme liittyy. (Leivonen 2010.)

Opinnäytetyömme aihe on tärkeä, koska lihavuuskirurgiasta ei ole tehty Suomessa paljon tutkimuksia ja lihavuus on lisääntyvä ongelma kansakunnassamme. Lisäksi lihavuus tuo mukanaan liitännäissairauksia, jotka voitaisiin ehkäistä oikeilla elämäntapamuutoksilla ja laihduttamisella. Lihavuus myös lisää kuolleisuusriskiä moninkertaisesti verrattuna normaaliin painoon.

Opinnäytetyön menetelminä käytämme teemahaastattelua ja havainnointia. Yhteistyössä Suomen Lihavuusleikatut ry:n (LILE ry) kanssa havainnoimme vertaistukiryhmän toimintaa sekä haastattemme lihavuusleikattuja potilaita heidän kokemuksistaan vertaistuesta.

2 Lihavuuden määritelmä

Lihavuus määritellään painoindeksillä (BMI), joka saadaan, kun paino jaetaan pituuden neliöllä (kg/m^2). Lihavuus jaetaan neljään osa-alueeseen: lievään, merkittävään, vaikeaan ja sairaalloon. Lievästä lihavuudesta puhutaan, kun painoindeksi ylittää luvun 25. Sairaalloon ylipaino on, kun painoindeksi on yli 40. (Mustajoki 2010.)

Tekninen kehitys, työn muuttuminen ruumiillisesta ajatustyöksi ja matkojen taittaminen autolla ovat johtaneet ihmisten energiantarpeen vähenemiseen, mutta samalla ruokatottumukset ovat muuttuneet energiantarvetta lisääväksi. Tästä syystä hyvinvointivaltioissa lihavuus on kasvava trendi. (Mustajoki – Gylling – Malmivaara 2009: 37.)

Lihavuuteen liittyy suurempi kuolleisuusriski kuin normaalipainoisuuteen. Sairaalloisen lihavilla on noin 2–3 kertaa suurempi kuolleisuusriski kuin normaalipainoisilla. Kuolleisuusriski johtuu lihavuuden tuomista liitännäissairauksista. Näitä sairauksia ovat muun muassa tyypin 2 diabetes, kohonnut verenpaine, metabolinen oireyhtymä, sepelvaltimotauti, aivoinfarkti ja -verenvuoto sekä obstruktiivinen uniapnea. (Mustajoki ym. 2009: 38.)

3 Lihavuuden hoito

Lihavuuden hoidossa pyritään ehkäisemään ja hoitamaan lihavuuteen liittyvien tautien haittoja. Hoidossa keskitytään myös toimintakyvyn sekä elämänlaadun parantamiseen. Suomessa työikäisistä lihavia on noin 650 000 ja ylipainoisia on yli 2 miljoonaa. Suuren määrän vuoksi kaikkia ei voida hoitaa. Hoito keskitetään ensisijaisesti potilaisiin jotka ovat nuoria ja työkykyisiä sekä motivoituneita itsenäiseen hoidon toteuttamiseen. (Sane 2009.) Lihavuuden ennaltaehkäisy olisikin halvin ja helpoin tapa vaikuttaa kasvavaan ongelmaan ja siihen liittyviin liitännäissairauksiin (Ikonen 2009: 31).

3.1 Konservatiivinen hoito

Lihavuuden ei-kirurgisella hoidolla eli perushoidolla tarkoitetaan elämäntapojen muuttamista siten, että ravinnosta saatu energiamäärä on aiempaa pienempi ja energiankulutus liikuntaa lisäämällä aiempaa suurempi. Perushoitoon sisältyy ruokavalio-ohjaus ja kannustus aktiiviseen elämäntapaan. Ohjausta voidaan antaa yksilöllisesti tai ryhmässä. Ohjauksen teho on sama molemmissa vaihtoehdoissa. Ohjaajana toimii lihavuuden hoitoon koulutettu terveydenhuollon ammattilainen. (Mustajoki ym. 2009: 41–43.)

Alussa potilailla, joiden painoindeksi on vähintään 30 kg/m², voidaan käyttää erittäin niukkaenergistä dieettiä laihtumisen nopeuttamiseksi. Energian määrää tulisi vähentää 500–1000 kcal päivässä aiempaan kalorimäärään nähden. Alin turvallinen energian määrä on 1200 kcal päivässä. Painonpudotustavoite on 5–10 % nykyisestä painosta. (Mustajoki 2010.) Lihasten surkastumisen ehkäisemiseksi sopiva laihdutusnopeus on 0,5–1 kg viikossa (Tarnanen ym. 2011).

Erittäin niukkaenergisessä dieetissä (ENE-dieetti) nautitaan vain vähän kaloreita päivässä, noin 800 kcal. Tähän on olemassa valmisteita, jotka sisältävät myös tarpeelliset suojaravintoaineet. Nämä tuotteet ovat yleensä veteen sekoitettavia jauheita. Niiden lisäksi potilas voi nauttia vain vähäenergisistä vihanneksista ja juureksista. Erittäin niukkaenergistä dieettiä ei saa käyttää, jos potilaan painoindeksi on alle 30 kg/m² tai hänellä on vaikea sairaus, hän on raskaana tai imettää. (Tarnanen ym. 2011.)

Suomessa lihavuuden lääkehoidossa käytetään kahta lääkeainetta, orlistaattia ja sibutramiinia. Orlistaatti vaikuttaa suolistossa lipaasin imeytymistä estäen, eli se vähentää rasvan imeytymistä elimistöön. Sibutramiini vaikuttaa aivojen välittäjäaineisiin serotoniiniin sekä noradrenaliiniin ja näin ollen vähentää ruokahalun tunnetta. Suomessa lääkehoidon aloittamiseksi potilaan painoindeksi tulee olla vähintään 30 kg/m² tai potilaalla on lihavuuteen liittyvä liitännäissairaus ja painoindeksi vähintään 28 kg/m². Lihavuuden lääkehoidon edellytyksenä on myös se, että potilas pitää yllä lihavuuden perushoitoa eli liikkuu ja syö oikein. Lääkkeiden käyttöohjeissa myös korostetaan samanaikaista ravitsemus- ja muuta ohjausta. (Mustajoki ym. 2009: 41–43.)

3.2 Operatiivinen hoito

Suomessa käytetään eniten mahalaukun ohitus- ja kavennusleikkausta sekä pantaleikkausta. Suomessa lihavuusleikkaukset on aloitettu 1970-luvulla. (Victorzon – Koivukangas – Gylling – Kumpulainen – Ikonen 2009: 46.) Suomessa lihavuusleikkauksia tehdään noin 1,9 100 000 asukasta kohden. Vuonna 2008 lihavuusleikkaukset on keskitetty Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella Peijaksen sairaalaan. (Leivonen 2008.)

Mahalaukun ohitusleikkauksessa mahalaukun yläosaan muodostetaan pieni säiliö sulkemalla mahalaukku poikittain saumauslaitteella ja tekemällä siihen suoliliitos. Näin vältetään sapen takaisinvirtaus ja jännitys liitoskohdassa vähenee. Leikkauksen tavoitteena on mahalaukun säiliöosan nopea täyttyminen ja ravinnon kulkeutuminen suoraan jejunumiin (tyhjä suoli: yksi kolmesta ohutsuolen osasta), joka aiheuttaa kylläisyyden tunteen. Mahalaukun ohitusleikkaus ei aiheuta merkittäviä rasvojen imeytymishäiriöitä, koska siinä ei kajota ohutsuolen alkuosaan typistäen sitä. Mahalaukun ohitusleikkauksessa vaikutusmekanismi on suoliston kylläisyshormonien erittymisen muutos. (Victorzon ym. 2009: 48.)

Mahalaukun kavennusleikkauksessa mahalaukku kavennetaan putkimaiseksi, joka vaikuttaa mahalaukun tilavuuteen. Tässä leikkauksessa mahalaukun pohjukkaosa poistetaan, mikä aiheuttaa greliini-hormonin laskun ja vähentää ruokahalua. Mahalaukun kavennusleikkausta on pidetty erittäin lihaviin (painoindeksi yli 50 kg/m²) ensimmäisen vaiheen leikkauksena, koska siihen voidaan tarvittaessa lisätä mahalaukun ohitus, kun paino on pudonnut tarpeeksi ja leikkauksriskit vähentyneet. Mahalaukun kavennuksen etuja ovat imeytymishäiriöiden puuttuminen ja mahdollisuus jatkoleikkaukseen sekä ohitusleikkaukseen verrattuna yksinkertainen tekniikka. (Victorzon ym. 2009: 51.)

Mahalaukun pantaleikkaus on vähiten kajoava menetelmä. Tässä leikkauksessa mahalaukun tilavuutta pienennetään laittamalla sen ympärille kuristusrengas, jonka periaatteena on yhdistetty sisäosa, jolla voidaan säätää renkaan läpimittaa. Mahapantaleikkaus tehdään nykyään tähystysleikkauksena. (Victorzon ym. 2009: 50.)

Duodenal switch -leikkauksessa (pohjukaissuolen vaihto) mahalaukku kavennetaan putkimaiseksi ja mahanportti säilytetään. Tämä tekniikka on muunnos sappi- ja haimanesteiden ohitusleikkauksesta. Duodenal switch -leikkauksessa ohutsuolen alkuosa yhdistetään pohjukaissuolen tynkään ja sappi- ja haimateistä tuleva suolihaara ohutsuolen loppuosaan. Leikkauksen komplikaationa esiintyy eniten anemiaa ja D-vitamiinin puutosta. (Victorzon ym. 2009: 47.)

3.3 Postoperatiivinen hoito

Leikkauksen jälkeen potilas on yleensä ensimmäisen päivän heräämössä tai valvontaosastolla, varsinkin jos potilaalla on uniapnea, astma, diabetes tai jokin muu lihavuuden liitännäissairaus. Potilaalla on nenämahaletku sen takia, ettei ruoka vahingoittaisi leikkaussaumoja. Potilaasta otetaan saumaröntgen leikkaus- tai seuraavana päivänä. Jos potilaalla ei ole vuotoa, nenämahaletku poistetaan. Suun kautta potilas saa ottaa nesteitä pieninä annoksina maksimissaan kaksi litraa. Nesteytyksen tukena on iv-nesteytys. Potilas saa alkaa syödä liemiruokia toisena päivänä leikkauksesta ja siirtyä sosemaiseen pieniin annoksiin kolmannesta päivästä lähtien. Potilaalla on yleensä ensimmäiseen päivään leikkauksen jälkeen asti kestokatetri, sillä ylösnousu voi olla vaikeaa ja kivuliasta leikkauksen jälkeen. (Asikainen 2007: 52.)

Kotiutus tapahtuu viimeistään neljäntenä päivänä leikkauksesta, jos potilaan vointi niin sallii. Sairauslomaa potilas saa 2–4 viikkoa. Leikkauksen jälkeen suositetaan sosemaisesta pehmeään ruuan syöntiä noin kuukauden ajan. Seuranta tapahtuu endokrinologian poliklinikalla ja kestää noin viisi vuotta leikkauksen jälkeen. (Asikainen 2007: 52.)

Gillet'n ja Vellosten (2010: 16–17) mukaan potilaat kaipaavat lisää perioperatiivista ohjausta ja tietoa lääkehoidosta, kivun hallinnasta, haavan hoidosta ja haavan erittämisestä. Potilaita tulisi myös ohjata liikunnan aloittamisesta ja eri liikuntamuodoista sekä liikunnan rasittavuuden lisäämisestä asteittain.

4 Vertaistuen määrittäminen ja ryhmädynamiikka

Vertaistuki toimii sairastuneiden erilaisiin tarpeisiin vastaajana. Sitä voidaan tarkastella psykologisesti tai sosiologisesti yksilön ja ryhmän toimintana tai sosiaalipsykologisesti ryhmien sisäisenä vuorovaikutuksena. (Mikkonen 2009: 28.)

Ollikaisen mukaan (2004: 92) termit oma-apu, sosiaalinen tuki ja vertaistuki muodostavat oman käsiteperheen, joista sosiaalista tukea voidaan pitää abstraktiotasoltaan yleisimpänä. Oma-apua ja vertaistukea pidetään toistensa synonyymeina. Omassa avussa korostuu näkemys, jonka mukaan yksilö on pätevä ja

kykenevä käsittelemään elämänpulmansa omin voimin ja oma-aloitteisesti. Ylimääräisenä voimavarana toimii läheisten ja vertaisten tuki, johon yksilö turvautuu, kun tarvitsee apua. Vertaistuessa painottuu ilmiön sosiaalinen puoli. Sen punaisena lankana toimii ajatus samasta ongelmasta, joka yhdistää ja asettaa yksilöt samaan asemaan.

Mikkosen (2009: 28–30) mukaan ryhmä synnyttää kokemusten jakamista, yhteenkuuluvuuden tunnetta ja tietoa arjen tueksi, toimimalla asiantuntijuutena muiden tukien ja palvelujen rinnalla. Auttaminen, toisten tukeminen ja tuen saaminen tuovat keskeisen ja rakentavan merkityksen vertaistukeen. Vertaistukea voidaan määritellä eri tavoilla mm. sosiaalisen tuen sosiaalisen puolen ilmentymänä ja oma-apua selviytymisenä.

Tällaista oma-apua, keskinäistä tukea ja vastavuoroista apua ilmenee ihmisten välisissä suhteissa eritoten perheen- ja suvunjäsenten välillä. Keskinäiseen tukeen perustuvia oma-apuryhmiä voi löytää järjestöjen lisäksi myös seurakunnista ja julkisesta sosiaali- ja terveydenhuollosta. Tällaiset ryhmät ovat perustettu tekemään sellaiset elämäntilanteet helpommiksi, joissa ihmiset tarvitsevat toistensa tukea ja mahdollisuuden jakaa kokemuksia. (Nylund 1999: 116.)

Käsitettä oma-apu ei käytetä enää niin paljoa ja parikymmentä vuotta vanhasta käsitteestä itseapu on suomalaisissa tutkimuksissa melkein kokonaan luovuttu. Nykyisin vallitsee vertaistuen käsite. (Mikkonen 2009: 31.) Ollikaisen mukaan (2004: 92) oma apu-termin voisi nähdä yksilökeskeisimpänä.

Mead, Hilton ja Curtis (2001: 135–136) määrittelevät vertaistuen avun antamisen ja vastaanottamisen järjestelmänä, joka perustuu kunnioitukseen, jaettuun vastuuseen ja yhteisiin päätöksiin siitä, mikä auttaa. Vertaistuki ei perustu psykiatriin malleihin tai diagnostisiin kriteereihin. Vertaistuki voidaan myös mieltää toisen tilanteen ymmärtämiseksi empatian avulla yhteisen kokemuksen kautta. Kun ihmiset tapaavat ihmisiä, jotka tuntuvat heistä samanlaisilta, he tuntevat välillään yhteyden, joka perustuu yhteiselle kokemukselle, jossa ei ole ammatillisia rajoitteita. Vertaistuessa ei ole tarkoitus luokitella ihmisiä eri kategorioihin, ja samalla se antaa mahdollisuuden ihmiselle olla oma itsensä ja kehittyä valintojensa mukaan.

Colellan ja Kingin (2004: 213.) mukaan vertaistuki on kehitetty sosiaalisen tuen muoto, joka ylittää ihmisen synnynnäisen tai omaksutun sosiaalisen verkoston rajat ja joka sisältää tiedon, palautteen ja emotionaalisen tuen vastavuoroista jakamista yksilöiden kesken. Vertaistukea voidaan antaa muun muassa kahden kesken, ryhmissä, verkkoryhmissä tai opetuksellisessa ympäristössä.

4.1 Ensitieto

Ensitedolla tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa tapahtumaa, joka järjestetään esim. vakavan sairauden diagnoosin saaneille, vammautuneille ja perheille. Ensitedosta voi saada tietoa sairaus- tai vammaisryhmän vertaistukitoiminnasta. Terveiden huolto yhteistyössä potilasjärjestön kanssa tai yksin järjestävät ensitietoa diagnosoiduille heidän tilanteestaan. (Mikkonen 2009: 46.)

4.2 Sopeutumisvalmennus

Sopeutumisvalmennus on yksi kuntoutuksen lakisääteinen palvelumuoto. Potilasjärjestöjen kautta saa tietoa tästä vertaistuen lähteestä. Eri potilasjärjestöt esittelevät sopeutumisvalmennusta vertaistuen lähteenä ja mahdollisuutena. Nämä eri potilasjärjestöt esittivät, että vertaistuki edistää parantumattomasti sairaan toipumista ja lisää osallistumista. Myös potilasjärjestöt kertovat, että vertaistuesssa kuunnellaan ja jaetaan omia kokemuksiaan. Molemmat, sopeutumisvalmennus ja tukihenkilötoiminta ovat ohjeistettuja ja säädeltyjä. (Mikkonen 2009: 46–47.)

4.3 Tukihenkilötoiminta

Tukihenkilö on tiettyyn tehtävään koulutettu aikuinen henkilö. Sairastuneen tukihenkilönä toimii vertainen, jolla on kokemusta samasta sairaudesta tai jonka lähipiirissä on kokemusta sairaudesta. Tukihenkilötoiminta on arkielämään sitoutunutta. Tukihenkilö voi tarvittaessa mahdollistaa sairastuneen pääsyn esim. hoitotyön ammattilaisen luo. (Mikkonen 2009: 47.)

Tukihenkilön tehtäväkuva voi olla kriisien, esim. sairauden tai vammautumisen uhkien ja haasteiden kohtaamista sekä yksilöllistä kuuntelemista ja tukemista. Lisäksi tehtäväkuvaan voi kuulua välikätenä toimimista potilasjärjestöjen ja sairastuneen välillä. Tukihenkilötoiminta on erittäin ohjeistettua ja säädeltyä toisin kuin ryhmien toiminnot, jotka ovat omaehtoisempia. Toisaalta tukihenkilö saattaa päästä lähemmäksi yksilöä kuin ryhmä. (Mikkonen 2009: 47–48.)

Tukihenkilö toimii vapaaehtoisesti ja hänen toimintansa vaatii koulutusta ja ammatillisuutta. Hänellä on monta roolia, esim. ryhmän jäsenenä tai vetäjänä, vapaaehtoistyöntekijänä, sairastuneena eli vertaisena ja välikätenä sairastuneen ja ammattilaisen välillä. Tukihenkilön tulee työskennellä samojen toimintaperiaatteiden mukaan kuin ammattiauttajan. Ongelmaksi saattaa kehittyä se, että tukihenkilöltä vaaditaan liikaa, koska hän on vertainen. Potilasjärjestöt huolehtivat tukihenkilön työnohjauksesta. (Mikkonen 2009: 48.)

4.4 Vertaistukiryhmät

Ryhmä ja tukihenkilö nimityksiin liitetään nimike ”vertaistukitoiminta”, sillä ne ovat jatkuvia ja ne tarjoavat mahdollisuuden tapaamisen ja tuen lisäksi myös syvällisempään yhteyteen. Vertaistukiryhmästä on apua sairastuneelle ja tarvittaessa myös hänen perheenjäsenilleen. (Mikkonen 2009: 49.)

Ryhmien koot muodostetaan jäsenten tarpeen ja yhteisen sopimuksen kautta. Tilojen käyttömahdollisuus ja ryhmävetäjän ajan käyttö vaikuttavat myös ryhmän kokoon. Vertaistukiryhmät voidaan jakaa avoimiin, joihin voi liittyä tiettyyn viiteryhmään kuulumaton henkilö jäseneksi ja suljettuihin, kuten AA-ryhmät, joihin otetaan vain tähän tiettyyn viiteryhmään kuuluvia henkilöitä. (Mikkonen 2009: 50.)

Ryhmätoiminnassa korostuu vertaisten tuki ja yhdessä osallistuminen, jolloin ryhmän jäsenet voivat tuntea yhteenkuuluvuutta, kokea mukanaolon tunteen ja saavat mahdollisuuden vaikuttaa omaan asiaansa. Ryhmissä vertaistuki on kaikille yhteistä ja yhdistävää toimintaa. (Mikkonen 2009: 50.)

4.5 Tukiryhmät

Tukiryhmät ovat tarkoitettu sairastuneen ihmisen perheenjäsenille ja läheisille. Poikkeustapauksissa niissä vierailee myös sairastuneita. Tukiryhmiä voi löytää potilasjärjestöjen kautta. (Mikkonen 2009: 50.)

4.6 Ryhmän toiminta

Ryhmä muodostuu kahdesta tai useammasta yksilöstä joilla on yhteisiä tavoitteita tai päämääriä. Ryhmä perustuu henkilöiden väliseen vuorovaikutukseen ja ryhmän jäsenet tiedostavat kuuluvansa ryhmään. (Tiuraniemi 1993: 45.) Ryhmän toimintaan vaikuttavat aina ryhmän ehdot. Ryhmän tarkoitus ja tavoite sekä ympäristötekijät muodostavat ulkoiset ehdot, joihin kuuluvat ryhmän koko ja jäsenmäärä, kokoontumistiheys ja aika sekä fyysinen ympäristö että jäsenten ryhmään liittymistapa. Sisäinen ehto muodostuu ryhmän jäsenistä. Tavoitteet ja päämäärät helpottavat ryhmän toimintaan sitoutumista ja motivoivat sen jäseniä. (Niemistö 2007: 34, 37, 51.)

Ryhmät ovat suljettuja tai avoimia. Suljettu ryhmä alkaa tiettynä hetkenä eikä ota käynnistymisen jälkeen uusia jäseniä. Avoin ryhmä ottaa uusia jäseniä poistuneiden tilalle ja ylläpitää jäsenten lukumäärää. Avoimet ryhmät voidaan jakaa neljään tyyppiin. Ensimmäisen tyyppin ryhmässä jäsenten vaihtuvuus on suurta ja usein tapahtuvaa. Ryhmän jäsenet voivat vaihtua jokaisella kokoontumiskerralla. Toisen tyyppin ryhmässä muutos jäsenistössä on suuri mutta harvemmin tapahtuva. Kolmannen tyyppin ryhmässä tapahtuu pieniä muutoksia useasti. Jäsenistö voi vaihdella tapaamiskertojen välillä, mutta ryhmä on suhteellisesti pysyvä. Neljännen tyyppin ryhmässä muutokset ovat pieniä ja nekin tapahtuvat harvoin. (Niemistö 2007: 61–63.)

Tuckmanin ja Jensenin (1977) kehittämässä mallissa ryhmän kehitysvaiheita ovat muodostusvaihe, kuohuntavaihe, yhdenmukaisuusvaihe, hyvin toimiva ryhmä ja lopetus. Jokainen ryhmä on kuitenkin yksilöllinen ja mallit ovat teoreettisia yleistyskäsitteitä. Ryhmän ohjaajan ei kannata mekaanisesti tarkkailla ryhmän vaiheita vaan eläytyä siihen mitä ryhmässä on tapahtumassa. (Niemistön 2007: 160–162 mukaan.)

5 Lihavuuskirurgisen potilaan tuen ja ohjauksen tarpeet

Mattilan, Rekolan ja Häggman-Laitilan (2012: 247) mukaan ohjausta ja tukea tarvittiin sisäistyneen syömisen kontrollin saavuttamiseen, tunnereaktioiden käsittelyyn, uuden minän hyväksymiseen, uudenlaisen sosiaalisen vuorovaikutuksen oppimiseen, oman vastuun ensisijaisuuteen tavoitteen saavuttamisessa ja valmistautumiseen leikkauksen jälkeiseen aikaan. Ohjausinterventioita potilaille olivat mielekkään syömisen oppiminen terapiaistunnoissa, leikkausta edeltävä opetus, oppimiskeskuksessa annettu opetus ja tukiryhmiin osallistuminen.

Järjestelmällisen katsauksen mukaan potilaiden syömisen sisäistynyttä kontrollia tukevat pystymisen kokemus, kontrollin siirtyminen mahasta mieleen, vapautuminen syömisen pelosta ja ahdistuksesta, tietoisien syömisen oppimisen harjoitukset ja tunnesyömisen välttäminen. Potilaat ilmaisivat tarvitsevansa ohjausta ja tukea edellä mainituissa asioissa, jotta epäonnistumisen, häpeän ja syyllisyyden tunteet poistuisivat ja tyytyväisyys elämään lisääntyisi. Lisäksi potilaat tarvitsivat tukea ja ohjausta ennen ja jälkeen leikkauksen ilmeneviin tunnereaktioihin kuten häpeään ja menetyksestä johtuvaan masennukseen. Ohjausta ja tukea tarvittiin myös psyykkisen minäkuvan hyväksymiseen ja kehonkuvan muutokseen. (Mattila - Rekola - Häggman-Laitila 2012: 254–255.)

Pysyvän hoitotuloksen edellytyksenä potilaat pitivät oman vastuunsa ensisijaisuutta. Tämä tarkoittaa taisteluhengen, jatkuvan sitoutumisen ja realististen odotusten tukemista. Potilaan omaa vastuuta vahvistaa sosiaalinen luottamus. (Mattila - Rekola - Häggman-Laitila 2012: 256.)

Erilaiset tekijät voivat joko lisätä tai vähentää ohjauksen ja tuen tarvetta. Aikaisemmat kokemukset laihduttamisesta, positiivinen asenne ja hyvä itseluottamus ovat potilaan rooliin ja kokemuksiin liittyviä, tarvetta vähentäviä tekijöitä. Myös hyvät sosiaaliset suhteet sukulaisiin ja ystäviin vähentävät tuen tarvetta. Vertaistuen merkitys sekä vertaisilta saatu tuki ja tieto ovat tärkeitä. Ohjauksen ja tuen tarpeita lisääviä tekijöitä ovat sosiaalisen tuen puute, työpaikalla ilmenevät ongelmat kuten kiusaaminen ja ruokavalion toteuttaminen sekä pelko, jännitys ja epävarmuus tulevasta. (Blom – Heikkinen – Kantelinen 2011: 28–32.)

Asioiden pohdiskelu ja pyörittely sekä huono itsetunto ovat isoja ongelmia lihavien potilaiden elämissä. Myös lihaviin potilaisiin kohdistuva syrjintä ja pilkanteko ovat ongelmia aiheuttavia tekijöitä. Lihavien potilaiden ja myös heidän hoitajien yhteisenä tarpeena on saada potilaat liikkeelle ja ymmärtämään, kuinka tärkeää liikunta on terveydelle ja parantumiselle. Liikunnan aloittaminen hoidon alussa lisää potilaiden näkemystä liikkumisen hyödyistä stressin vähentämiseen sekä energian ja lihasmassan määrän kasvuun. Virkistysellinen ryhmäliikunta tukee lihavuuden hoitoon vaadittavia elämäntapamuutoksia. (Kirkpatrick – Esterhuizen – Drake 2009: 125.) Potilaan kyky ylläpitää elämäntapamuutoksia, dieettiä ja fyysistä aktiivisuutta ovat tärkeitä hyvän tuloksen saavuttamisessa ja takapakkien ehkäisemisessä (Nelbom – Naver – Ladelund – Hornnes 2010: 314).

5.1 Preoperatiivinen tuen ja ohjauksen tarve

Lihavuuskirurgiset potilaat tarvitsevat monipuolista tukea ja ohjausta ennen leikkausta. Suurimmat tuen ja ohjauksen tarpeet ovat potilaan sitoutumisessa ja elämäntapamuutoksessa, kehon ja painon muutoksissa, kanssakäymisessä ihmisten, erityisesti muiden lihavuuskirurgisten potilaiden kanssa sekä leikkauksen jälkeinen kipu, häiriöt ja haittavaikutukset. (Blom – Heikkinen – Kantelinen 2011: 17–18, 20–21, 23.) Potilaat toivovat myös, että he tietäisivät miltä vartalo tulee näyttämään leikkauksen jälkeen ja että heille näytettäisiin valokuvia potilaista, jotka ovat läpikäyneet leikkauksen (Mitchell ym. 2008: 245).

Mattilan, Rekolan ja Häggman-Laitilan (2012: 256) mukaan potilaat toivoivat ennen leikkausta saavansa tietoa oireista ja niiden hoidosta leikkauksen jälkeen. Potilaiden mukaan ohjauksen ja tuen tarve on erilaista silloin, kun he harkitsevat leikkausta kuin siitä jo päättäneenä. Lisäksi potilaat toivoivat etukäteistietoa odotettavasta ajasta heti leikkauksen jälkeen osastolla, esim. ylösnousemisen haasteellisuudesta ja kivuista. Mahdollisuus esittää tarkentavia kysymyksiä koettiin tärkeänä.

Leikkaukseen valituilta potilailta tulee selvittää mahdolliset negatiiviset tunteet liittyen painon nousuun. Näitä negatiivisia tunteita ovat stressi, tylsyys, masennus, ahdistus, vihaisuus ja väsyneisyys. Tutkimuksen mukaan suurin osa tunnesyömisestä tapahtui,

kun potilaat olivat tylsistyneitä. Myös stressi ja masennus saivat potilaat turvautumaan tunnesyömiseen. (Walfish – Brown 2009: 49–50.)

5.2 Postoperatiivinen tuen ja ohjauksen tarve

Postoperatiivisesti potilaiden tuen ja ohjauksen tarpeet painottuvat pahoinvointiin, kipuun, päivittäisen arjen toimintaan, elämäntapamuutokseen, ravitsemukseen ja syömiseen, liikkumiseen sekä omaisten tiedon saantiin. Potilaat tarvitsevat myös tietoa ja ohjausta leikkauksen vaikutuksista perussairauksien lääkehoitoon. Vertaistuki koetaan tärkeäksi tuen muodoksi. (Blom – Heikkinen – Kantelinen 2011: 34–35, 39–42, 44–47.) Leikkauksen jälkeen potilaat tarvitsivat tukea ja ohjausta sosiaalisen vuorovaikutuksen oppimisessa ja huomionosoitusten kohtaamisessa (Mattila - Rekola - Häggman-Laitila 2012: 255).

Earvolino-Ramirezin (2008: 18, 20, 23) tutkimuksessa tärkeimmiksi nousi kaksi teemaa, jotka ovat leima ja reaktiot muissa ihmisissä. Leimaamista tapahtui, kun haastateltava pudotti huomattavasti painoa ja muiden ihmisten reaktiot keskittyivät kaikkiin muutoksiin, joita haastateltavassa tapahtui leikkauksen johdosta, kuten fyysinen, psyykkinen ja tulevaisuuden näkymä. Lisäksi tutkimuksessa nousi muita teemoja, joita ovat muutokset identiteetissä, häiriöt sosiaalisessa elämässä ja suhteen loppuminen ruokaan. Tutkimuksen tulosten mukaan lihavuuskirurgisia potilaita tulisi kannustaa odottamaan muutamia positiivisia ja negatiivisia odotuksia liittyen leikkauksiin. Potilaiden tulisi myös selvittää millaisia muutoksia he saattavat kokea leikkauksen jälkeen lukemalla tutkimuksia ja keskustelemalla ihmisten kanssa, jotka ovat läpikäyneet leikkauksen.

Whitfieldin ja Grassleyn (2008: 294, 296–297) mukaan perheen mukaanotto ja heidän tukensa potilaalle ovat tärkeitä toipumiselle ja onnistuneelle laihtumiselle leikkauksen jälkeen. Jos perhe ei ollut kannustava, potilaan toipuminen heikentyi, koska potilaiden tulisi kehittää itsenäinen ote hoitoon, jotta laihtuminen olisi onnistunut. Toiseksi hoitajat sanoivat, että perheille täytyy kertoa millaisia odotuksia heillä tulisi olla lihavuuskirurgisen leikkauksen jälkeen, jotta he voisivat kannustaa potilasta paremmin. Perheillä tulisi myös olla mahdollisuus olla potilaiden kanssa 24h päivässä. Perhe ja tukiverkosto ovat elintärkeä osa potilaan kuntoutusta kotona.

Stewartin, Olbrischin ja Beanin (2010: 179–181) mukaan osanottajat arvioivat vertaistuen erittäin arvokkaaksi osaksi ryhmää ja raportoivat huomattavia käytösmuutoksia, lisääntynyttä motivaatiota ja itsevarmuutta sekä painonpudotusta ryhmään osallistumisen tuloksena. Heillä oli ollut vaikeuksia leikkauksen jälkeisen painonnousun kanssa. Osanottajat molemmista ryhmistä kertoivat haluavansa oppia tulemaan toimeen tunnesyömisen kanssa. Ryhmissä käsiteltäviä muita aiheita olivat muun muassa tavoitteiden asettaminen, stressin vähentäminen ja tiettyjen selviytymisstrategioiden kehittäminen.

Jäsenet kannustivat toisiansa ajattelemaan palautteiden olevan työkaluja heidän edetessään postoperatiivisessa hoidossaan; osa jäsenistä ei halunnut ollenkaan palautteita, jotka muistuttivat heitä painonnousustaan. Naiset myös keskustelivat kokemuksistaan syrjinnästä, kuinka heidän lihavuus oli vaikuttanut vuorovaikutukseen muiden kanssa ja kuinka lihavuus oli vaikuttanut heidän työmaineisiinsa. Osanottajat olivat myös huomanneet heidän laihtumisensa vaikuttaneen ihmisten käyttäytymiseen heitä kohtaan; jäsenet kokivat itsensä esineellistetyksi, koska jotkut ihmiset olivat osoittaneet enemmän kiinnostusta heihin, kun he olivat laihtuneet. Osa jäsenistä tunsi painostusta ylensyöntiin heidän lähimmäistensä johdosta. (Stewart – Olbrisch – Bean 2010: 183.)

Osallistujat olivat helpottuneita huomattessaan, että muillakin, jotka olivat käyneet saman lihavuuskirurgisen leikkauksen, oli samanlaisia haasteita painonpudotuksessa. Heidän mielestään oli tärkeää keskustella suhtautumisestaan ja haasteistaan ruokaan ja pettymyksistään, kun nämä haasteet palasivat helpotuksen ajanjakson jälkeen. Osanottajien lähimmäisten oli usein vaikea ymmärtää heidän haasteitaan syömisen kanssa. Kokemusten jakaminen muiden kanssa, jotka ymmärsivät, auttoi jäseniä tuntemaan olevansa vähemmän yksin vaikeuksiensa kanssa. Jäsenet kannustivat toisiaan, kun joku ajatteli negatiivisesti ja arvioivat vertaistuen tärkeimmäksi hyödyksi osallistuessaan ryhmään. (Stewart – Olbrisch – Bean 2010: 184.)

Lihavuuskirurgisilla potilailla voi ilmetä mieliala- tai ahdistushäiriöitä, jotka olivat läsnä preoperatiivisella ajanjaksolla tai kehonkuvaan liittyvää tyytymättömyyttä postoperatiivisen hoidon aikana. Potilailla voi myös ilmetä haasteita ravitsemukseen ja käyttäytymiseen liittyvissä muutoksissa, jolloin osa potilaista saattaa epäonnistua

tavoitepainonsa saavuttamisessa ja heidän painonsa voi nousta kahtena ensimmäisenä postoperatiivisena vuotena. Noudattamatta postoperatiivista ruokavaliota potilaan paino voi nousta, mutta se voi myös johtaa aliravitsemukseen. Osa potilaista voi kärsiä tietämättään erinäisten vitamiinien ja hivenaineiden, kuten raudan ja foolihapon puutoksista, jotka ovat yleisimpiä puutoksia, joita lihavuuskirurgisilla potilailla esiintyy. (Sarwer 2008: 89–90.)

Leikkauksen jälkeen tutkimukseen osallistuneet naiset kohtasivat fysiologisia ja käyttäytymiseen liittyviä tarpeita. Riittämätön kivunhoito oli keskeinen teema heti leikkauksen jälkeen. Sosiaalisen tuen järjestelmien vähyyttä raportoitiin postoperatiivisen hoidon jatkuessa kuukausia ja vuosia eteenpäin. Leikkauksen jälkeen potilaat voivat kokea ”ostajan katumusta”. Syöminen on ollut heille selviytymismekanismi. Ruokahalun puutos on johtanut jatkuvaan kamppailuun menetyksen kanssa vaikka potilaat ovatkin kokeneet painon ”sulavan” pois. (Sutton – Murphy – Raines 2010: 299, 302–303.)

Heinleinin (2009: 43, 46) mukaan on tarvetta tarkemmalle ja laajemmalle potilaskoulutukselle liittyen dumping-oireyhtymään. Osa tutkimukseen osallistuneista potilaista halusi informaatiota, miten toimia, kun dumping-oireita ilmaantuu, kun taas osa kertoi, että yhteinen tietopaketti kaikilta lihavuuskirurgeilta olisi hyödyllinen liittyen kohtaukseen. Tutkimukseen osallistuneet potilaat halusivat myös tietoa siitä, mitä heidän kehoissaan tapahtuu, kun oireita ilmaantuu tai minkälainen oireyhtymän fysiologia on. Osa halusi oireyhtymän selitettävän heille yksinkertaisin termein. Osa potilaista oli tyytyväisiä saamaan informaatioon oireyhtymästä.

Lihavuuskirurgiset potilaat usein kertovat olevansa huolissaan, kuinka leikkaus tulee vaikuttamaan heidän ihmissuhteisiin. Potilailla ja heidän puolisoillaan on ennakkooletuksia siitä, kuinka heidän suhteensa ja elämänsä muuttuvat lihavuuskirurgisen leikkauksen jälkeen. Lihavuuskirurgiset potilaat uskovat pudottavansa enemmän painoa, kuin on mahdollista. Ennakkooletukset ja uskot voivat johtaa pettymykseen, kun ne eivät sitten ehkä käykään toteen. Puolisoiden odotuksiin voi vaikuttaa heidän tietoisuus lihavuuskirurgiasta ja siihen liittyvistä asioista, kuten potilaan ulkonäön muuttuminen. (Applegate – Friedman 2008: 135–136.)

Potilaiden energisyyden ja aktiivisuuden lisääntyminen saattaa aiheuttaa kateellisuutta ja paheksumista, sekä hylkäämisen tunnetta puolisosissa. Potilaiden rutiinin muuttuminen saattaa vaikuttaa puolison näkökulmasta potilaan persoonallisuuden muuttumisena. Toisaalta puoliset voivat nähdä edellä mainitut asiat positiivisina, jolloin puoliset muistavat potilaat ”vanhana omana itsenään”. Lihavuuskirurgisen potilaan kasvava itsevarmuus ja itsestään huolehtiminen saattavat vaikuttaa lähimmäisistä itsekkyydeltä. Potilas ja hänen lähipiirinsä sopeutuvat muuttuneeseen tilanteeseen eri vauhdilla ja eri tavoilla. (Applegate – Friedman 2008: 136.)

Potilas ja hänen puolisonsa ovat saattaneet olla toistensa ”syömiskavereita”, joka on vähentänyt syyllisyyden tunnetta ruoan ahmimisesta ja isojen annoskokojen syömisestä. Puoliso saattaa reagoida tunteellisesti menettäessään ”syömiskaverinsa”, koska potilaan täytyy muuttaa syömistottumuksiaan ja – rutiinejaan hoidon myötä. Toisaalta puoliso saattaa toimia ”ruokapoliisina” tarkkailemalla potilaan ruokavaliota. Osa potilaista uskoo olevansa viehättävä puolisonsa silmissä, kun taas osa ei usko olevansa. Potilaat yleisesti miettivät, kuinka lihavuusleikkaus vaikuttaa heidän viehättävyyteen itsensä, kuin myös puolisoidensa silmissä. Minäkuvan muuttumisen hyväksyminen on jatkuva prosessi, jota potilaat eivät ehkä aina muista tai ymmärrä. (Applegate – Friedman 2008: 137.)

Lihavuuskirurgisen potilaan lisääntynyt seksuaalinen halukkuus leikkauksen jälkeen saattaa olla stressaavaa puolisolle. Joissakin tapauksissa potilaan seksuaalinen halukkuus on saattanut vähentyä, jolloin kannattaa kääntyä lääkärin puoleen. Potilaan ja puolison suhteen ollessa jo kireä ennen leikkausta, saattaa tulla vieläkin kireämmäksi leikkauksen vaatimien muutosten myötä. Viimeaikaisten tutkimusten tulokset kertovat, että lihavuuskirurgisten potilaiden ihmissuhteet ovat vakaita leikkauksen jälkeenkin. (Applegate – Friedman 2008: 138.)

6 Tutkimuksen toteutus ja tutkimustehtävät

Työn tarkoituksena on saada tietoa vertaistuen merkityksestä potilaiden kokemana leikkausta edeltävässä ja leikkauksen jälkeisessä hoidossa. Työn tuloksena on kuvaus

potilaiden kokemuksista, toiveista ja kehitysehdotuksista vertaistukiryhmistä ja niiden tarpeesta.

Tutkimus toteutettiin yhteistyössä LILE ry:n kanssa. Tutkimustehtäviksi muodostuivat:

1. Kuvata vertaistukiryhmän toimintaa.
2. Kuvata lihavuuskirurgisen potilaan kokemuksia saamastaan vertaistuesta.
3. Kuvata lihavuuskirurgisen potilaan kokemuksia vertaistukiryhmistä.

6.1 Aineistonkeruumenetelmät

Laadullisessa tutkimuksessa on monta tapaa kerätä tietoa, joko haastattelemalla ihmisiä suullisesti tai kirjallisesti. Tietoa voidaan myös kerätä havainnoimalla ihmisiä tai kontekstia. Haastatteluiden avulla saadaan syvällistä tietoa haastateltavalta. Havainnoinnilla puolestaan yritetään hahmottaa ympäristöä kokemusten ja näkemysten avulla. Havainnointi sopii sellaiseen aiheeseen, josta tiedetään hyvin vähän. Havainnointia käytetään usein muiden aineistonkeruumenetelmien kanssa. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 93–94, 97.)

6.1.1 Havainnointi tutkimusmenetelmänä

Opinnäytetyössämme käytimme havainnointia tutkimusmenetelmänä kuvaamaan vertaistukiryhmän toimintaa. Havainnointia voidaan käyttää silloin, kun tutkimuksen kohteena olevista ilmiöistä tiedetään vähän tai ei mitään. Havainnoinnilla kytketään saatu tieto kontekstiin ja tuodaan esille siihen liittyvää käyttäytymistä. Tutkittavan asian ollessa monimuotoinen ja laaja voidaan havainnoinnilla saada syvällisempää tietoa kuin kysymällä tai haastattelemalla. Havainnointi soveltuukin vuorovaikutuksen analyysiin. Havainnoinnissa saadaan selville käyttäytymismuotoja, joita tutkittava haluaa piilotella ja olla kertomatta. Havainnoinnissa tapahtumat ovat ainutkertaisia, mutta haastattelussa niihin voidaan palata ja kysyä tarkentavia kysymyksiä niistä. Tästä syystä havainnointi koskee nykyisyyttä ja haastattelussa voidaan palata menneisyyteen. (Eskola – Vastamäki 2010: 157–158; Hirsjärvi – Hurme 2000: 37–38.)

Kun yhdistetään useita tutkimusmenetelmiä, esim. haastattelu ja havainnointi, saadaan vastauksia, jotka poistavat tutkijan näennäisen varmuuden siitä, että on löytynyt ”oikea” vastaus. Usean tutkimusmenetelmän yhdistämistä kutsutaan menetelmätriangulaatioksi eli samaa menetelmää käytetään eri tilanteissa tai eri menetelmiä käytetään samassa tutkimuskohteessa. (Hirsjärvi – Hurme 2000: 39.)

6.1.2 Haastattelu tutkimusmenetelmänä

Käytimme haastattelua opinnäytetyössämme aineistonkeruumenetelmänä, ja sen avulla keräsimme lihavuuskirurgisten potilaiden kokemuksia vertaistuesta sekä vertaistukiryhmistä. Haastattelu on tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä joustava, moniin lähtökohtiin ja tarkoituksiin sopiva menetelmä. Haastattelua voidaan ajatella eräänlaisena keskustelun muotona. Yksinkertaisin tapa määritellä haastattelu käsitteenä on kutsua sitä keskusteluksi, jolla on ennalta määrätty tarkoitus. Keskusteluun ja haastatteluun molempiin sisältyy yhtäläisyyksiä, kuten kielellinen ja ei-kielellinen kommunikaatio, joiden kautta välittyvät osallistujien ajatukset, asenteet, mielipiteet, tiedot ja tunteet. Molemmissa osallistujat vaikuttavat toinen toisiinsa. (Hirsjärvi – Hurme 2000: 14, 42.)

Haastattelu eroaa keskustelusta oleellisella tavalla: haastattelun tarkoituksena on informaation kerääminen ja se on suunniteltua, tavoitehakuista toimintaa, kun keskustelulla saattaa olla vain yhdessäolon tarkoitus. Keskustelulle on tavanomaista pyöriä osallistujia kiinnostavien teemojen ympärillä, kun taas haastattelu etenee haastattelijan ehdoilla tai johdolla. Haastattelijan tulee tietää etukäteen, mitä kysyä, miten kysyä ja milloin kysyä haastateltavalta tutkimukseen tarvittavat kysymykset. (Hirsjärvi – Hurme 2000: 42.)

Haastattelusta voidaan löytää seuraavat piirteet:

- Haastattelu on ennalta suunniteltu.
- Haastattelija tietää tutkimuksen kohteen sekä käytännössä ja teoriassa.
- Haastattelu on haastattelijan alulle panema ja ohjaama.
- Haastattelija motivoi haastateltavaa ja ylläpitää motivaatiota.

- Haastattelija tuntee roolinsa, kun taas haastateltava oppii sen haastattelun aikana.
- Haastateltavan on voitava luottaa, että annettuja tietoja käsitellään luottamuksellisesti.

Haastattelulla on eri muotoja, joista valitsimme teemahaastattelun tutkimusmenetelmäksi opinnäytetyöhömmme. Teemahaastattelun pohjana toimii kohdennettu haastattelu (the focused interview). Tämänkaltaisessa haastattelutyypissä haastateltavat ovat kokeneet tietyn tyyppisen tilanteen elämänsä aikana, josta haastattelija on kiinnostunut. Teemahaastattelu-termi on Hirsjärven ja Hurmeen keksimä kohdennetun haastattelun seuraajalle. Teemahaastattelu eroaa kohdennetusta haastattelusta siinä, ettei se edellytä tiettyä kokeellisesti tuotettua yhteistä kokemusta, vaan toimii oletuksesta, että kaikkia haastateltavan kokemuksia, ajatuksia, uskomuksia ja tunteita voidaan tutkia tällä menetelmällä. (Hirsjärvi – Hurme 2000: 47–48.)

Teemahaastattelua käytetään kun tutkittava aihe on arka tai tutkittavilta saadaan omia mielipiteitä jostakin asiasta. Teemahaastattelussa tutkijalla on valmiit teema-alueet, joista hän haluaa saada tietoa. Tutkijalla on itsensä tueksi tukilista, josta hän varmistaa, että jokainen asia on käyty läpi. Hänellä ei ole kuitenkaan valmiita kysymyksiä. Haastattelutilanteen tulee olla rauhallinen ja tilassa tulee olla mahdollisimman vähän virikkeitä ja ulkopuolisia häiriötekijöitä. (Eskola – Vastamäki 2010: 26, 28–29.)

6.2 Aineiston käsittely ja analyysi

Opinnäytetyömme aineisto analysoitiin käyttämällä teorialähtöistä sisällönanalyysia ja laadullisen tutkimuksen aineistolähtöisen sisällönanalyysin menetelmin. Sisällönanalyysi tehdään huomioiden ihminen fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 22, 28–29, 98.) Sisällönanalyysia käytetään laadullisessa tutkimuksessa aineiston järjestelemiseen ja kuvailemiseen. Aineiston käsittelyllä tarkoitetaan tutkimusaineiston kääntämistä tekstiksi. Puhtaaksi kirjoittamisessa on tarkoituksena aineiston säilyttäminen mahdollisimman tarkasti alkuperäisen mukaisena.

Aineistoa käsiteltäessä tutkija perehtyy aineistoon ja saa haastattelusta kokonaiskuvan, jotka auttavat aineiston analyysissä. (Kylmä – Juvakka 2007: 110–112.)

Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä aineisto pelkistetään ja luokitellaan teoriasta muodostetun analyysirungon luokkien mukaan. Analyysirungon voivat muodostaa malli, teemat tai käsitekartta. Tämä runko voi olla strukturoitu eli ohjata analyysiä hyvin tarkasti tai väljästi. Analyysirungon ollessa väljä sisällönanalyysi sivuaa aineistolähtöistä analyysiä. Rakensimme analyysirungon teemoista, jotka saimme aikaisemmin tehdyistä tutkimuksista koskien lihavuuskirurgisten potilaiden pre- ja postoperatiivisia tuen ja ohjauksen tarpeita. Teorialähtöisessä analyysimuodossa aineiston pelkistäminen ja luokittelu toteutetaan etsimällä käsillä olevasta aineistosta järjestelmällisesti analyysirungon mukaisia ilmauksia. Ilmaukset on sitten tärkeää kirjoittaa tiivistettyyn muotoon ja ryhmitellä ne rungon mukaisiin luokkiin ja jos luokkiin kertyy paljon ilmaisuja, ne tulee ryhmitellä aineistolähtöisen sisällönanalyysin periaatteiden mukaisesti. (Latvala – Vanhanen-Nuutinen 2003: 30–32.)

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi aloitetaan pelkistämällä, jolloin kerätyltä aineistolta "kysytään" tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Litteroinnilla saadusta aineistosta kirjataan pelkistetyt ilmaisut aineiston termien mukaisesti. Seuraavaksi pelkistetyt ilmaukset ryhmitellään, jolloin etsitään näiden ilmauksien erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Kuten teorialähtöisessä sisällönanalyysissäkin, samaa tarkoittavat ilmaisut laitetaan saman luokan alle ja luokalle keksitään asianmukainen nimi. Viimeiseksi samansisältöiset luokat yhdistetään, jolloin saadaan yläluokkia. (Latvala – Vanhanen-Nuutinen 2003: 26–29.)

Järjestimme neljä ryhmähaastattelukertaa Tukholmankadulla Metropolia ammattikorkeakoulussa. Haastattelut toteutettiin teemahaastattelun keinoin. Osallistujat kertoivat kokemuksistaan ja keskustelivat keskenään. Haastattelijat ohjasivat keskustelua kattamaan psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen puolen. Haastateltavia oli yhteensä 13 ja he olivat kaikki LILE ry:n jäseniä. Haastateltavat ovat kaikki lihavuusleikkauksen läpikäyneitä. Haastattelut nauhoitettiin ja materiaalia kertyi noin kuusi ja puolituntia. Haastattelumateriaalin jaoimme kolmeen osaan tekijöiden kesken. Nauhat purimme litteroimalla eli kirjoittamalla ne puhtaaksi tekstimuotoon ja tekstistä poimimme haastateltavien kokemuksia vertaistuesta. Kokemukset

luokittelimme aikaisemmista tutkimuksista poimimiemme aihealueiden mukaan. Litteroitua tekstimateriaalia kertyi n. 120 A4-sivua.

7 Tulokset

7.1 Vertaistuen infotilaisuus

Olimme seuraamassa LILE ry:n syyskuussa pitämää HUS-alueen infotilaisuutta Hotelli Radisson Blu Royalin konferenssitiloissa. Tilan oli LILE ry:lle tarjonnut yksityinen sairaala. Infotilaisuus oli avoin kaikille. Tilaisuudessa LILE ry esitteli toimintaansa ja lihavuusleikkauksia sekä niihin liittyviä asioita. Tilaisuuden vetäjinä toimivat yhdistyksen puheenjohtaja sekä kaksi hallituksen jäsentä. Paikalla oli meidän lisäksi 15 vierasta, joista kaksi oli miehiä. Paikalla oli myös yksityisen sairaalan kirurgi sekä Iltalehden toimittaja ja valokuvaaja, jotka olivat tekemässä haastattelua hallituksen jäsenestä. Vieraista seitsemän ei ollut vielä ollut leikkauksessa.

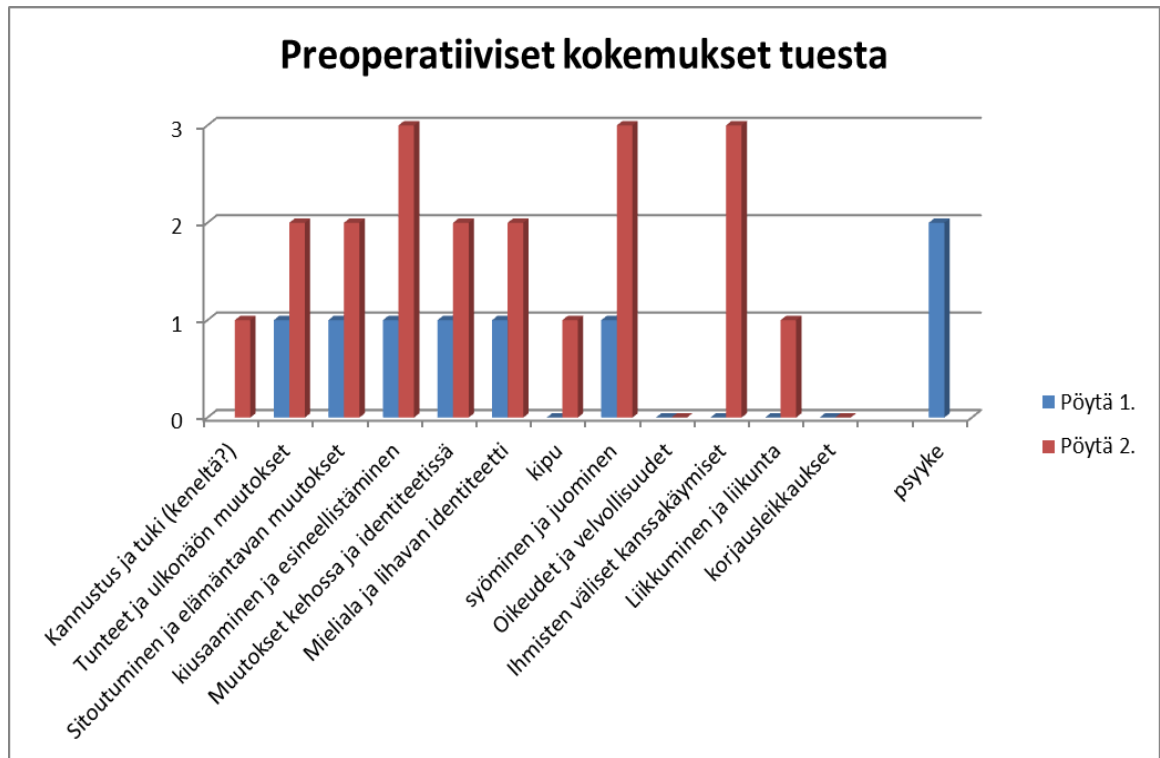
Tilaisuuden aluksi LILE ry:n puheenjohtaja kertoi yhdistyksen perustamisesta ja ensiaskelista. Suomen lihavuusleikatut ry perustettiin virallisesti maaliskuussa 2011 ja sillä on noin 450 jäsentä. Yhdistyksen perustamisen innoituksena oli tarve saada lihavuusleikatuille oma yhdistys ajamaan käytäntöjen yhtenäistämistä eri sairaanhoitopiireissä. LILE ry:llä ei ole palkattua henkilökuntaa vaan se toimii vapaaehtoisuuden voimin. Tärkein yhdistyksen vertaistuen työkalu on internetissä oleva keskustelufoorumi. He järjestävät myös tapaamisia ja aktiviteetteja jäsenille sekä heidän omaisilleen. Pyrkimyksenä on myös saada jokaiseen sairaanhoitopiiriin vertaistukihenkilö sekä aktiivijäseniä järjestämään vertaistukitapahtumia. LILE ry:n jäsenille on myös tarjolla etuuksia ja alennuksia yhteistyökumppaneilta.

7.2 Vertaistukiryhmän toiminta

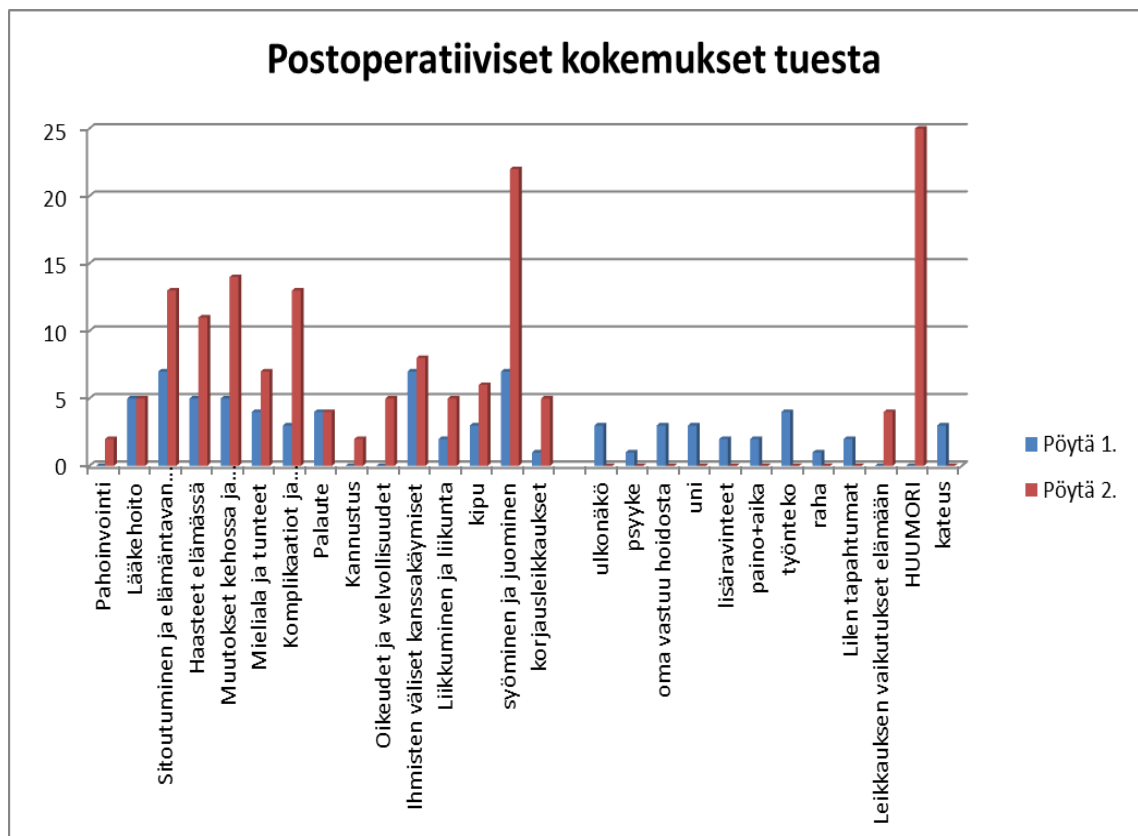
Olimme havainnoimassa LILE ry:n vertaistukitapaamista helsinkiläisessä ravintolassa. Yksi havainnoitsija seurasi ryhmän toimintaa sekä dynamiikkaa. Tilaisuuteen osallistui 15 ry:n jäsentä ja se oli suljettu avoin ryhmä. Osallistujat olivat kaikki naisia. Tapahtumalla ei ollut vetäjää ja keskustelu oli spontaania ja eloisaa syömisen ja

juomisen ohessa. Tunnelma oli hyvin rento, avoin ja illanistujaismainen. Osallistujia saapui paikalle ja lähti oman aikataulunsa mukaisesti. Vuorovaikutus tapahtumassa oli kokonaisvaltaista ilman, että olisi muodostunut pienempiä ryhmiä ryhmän sisään. Pöytä, jonka ääressä he olivat, oli kuitenkin pitkä, mikä rajoitti keskustelua pöydän toisesta päästä toiseen päähän. Myös taustalla soinnut musiikki häiritsi keskustelua. Osallistujat kommunikoivat sanallisesti sekä sanattomasti, vapautuneesti ja luonnollisesti. Kehonkieli oli rentoa ja myös toisille annettiin suunvuoro. Huumori kukoisti erittäin runsaana ja nauru kaikui seinistä. Syömisen jälkeen seurasi tuotesittely vaatevalmistajan toimesta, jota emme havainnoineet.

Havainnoimme osallistujien keskusteluista pre- ja postoperatiivisia vertaistukeen liittyviä aiheita. Keskustelujen seuranta oli jaettu kahden havainnoijan kesken, puolikas pöydästä kummallekin. Tarkastelimme aiemmin lukemiemme tutkimusten perusteella nostettuja aihealueita. Osallistujat keskustelivat enemmän postoperatiivisista aiheista. Preoperatiivisia aiheita, joista käytiin keskustelua, koskivat muutoksia kehossa ja identiteetissä, ulkonäköä ja tunteita, syömistä ja juomista sekä sitoutumista ja elämäntavan muutoksia. Postoperatiivisista aiheista korostui samat aiheet kuin preoperatiivisista. Näiden lisäksi keskustelua käytiin ihmisten välisestä kanssakäymisestä, liikunnasta ja liikkumisesta, lääkehoidosta, kivusta sekä haasteista elämässä. Havainnoinnissa nousi myös uusia tuen tarpeita, kuten oma vastuu hoidosta ja lisäravinteet. Lisäksi havainnoimme keskusteluista nousseita vertaistukiryhmän hyötyjä ja kehittämistarpeita. Hyötyjä olivat mm. yhteisöllisyys ja samankaltaisuus, esim. ruokien sopivuus ja sopimattomuus. Kehittämistarpeiksi nousivat tarve saada tieto ryhmästä jo sairaalasta ja terapiaryhmän muodostaminen minäkuvan muutoksen käsittelemiseen. Osallistujat keskustelivat erittäin herkästi asioista havainnoinnin aikana.



Kuvio 1. Havainnoinnista nousseita preoperatiivisen tuen tarpeita.



Kuvio 2. Havainnoinnista nousseita postoperatiivisen tuen tarpeita.

7.3 Kokemukset vertaistuesta

7.3.1 Preoperatiivisia kokemuksia vertaistuesta

Vertaistuki koettiin tärkeäksi ennen leikkausta ja ENE-ryhmää (painonhallintaryhmä) pidettiin eräänlaisena vertaistukena.

...siel jo käytiin niitä ongelmia ja kaikki se mitä siel ryhmässä puhuttiin ni oli vaan... sen ryhmän sisässä et ei niitä levitelty ulkopuolelle... voi puhuu hyvin aroistaki asioista...

ENE-ryhmässä kannustettiin painonpudotuksessa ja siellä pystyi myös jakamaan intiimejä asioita. Kannustus ja tuki nähtiin merkittävänä voimavarana. Vertaistuki löydettiin monesti internetin kautta sekä ENE-ryhmästä.

Haastateltavat kertoivat vertaistuen auttaneen leikkaukseen valmistautumisessa, mm. syömiseen, juomiseen ja kipuun liittyen. Muutama haastateltavista kertoi etsineensä tietoa ”kauhuskenaarioista” ja kuinka itseään ja perhettään voi valmistaa leikkaukseen ja siitä seuraavaan elämänmuutokseen.

...mä olin varautunu siihen, että tästä voi tulla komplikaatioita. ...mää en lamautunu siitä, että mutkin jouduttiin leikkaa uudestaan.

Osa haastatelluista ei halunnut vertaistukea ennen leikkausta ja osa ei saanut sitä, vaikka olisi halunnut.

...must itestäni ei ois kyl ollu siihen et mä oisin etukäteen käynny kattoo...

...mä en ehkä hakenutkaan sitä tietoa kovin paljoa, koska mä tiesin että mulla ei ole mitään muuta mahdollisuutta.

...mä olisin kaivannu enemmän tietoa tämmötteestä ennen... Et siinä ko mä alotin tätä prosessia.

Haastateltavilla on ollut kokemuksia, ettei heitä ole osattu ohjata vertaistuen piiriin sairaaloissa. Haastatteluissa preoperatiivisia kokemuksia ei noussut niin paljoa esiin kuin postoperatiivisia.

7.3.2 Postoperatiivisia kokemuksia vertaistuesta

Leikkauksen jälkeen vertaistuesta sai uskoa siihen, että leikkaus oli oikea ratkaisu. Omien kokemusten jakaminen toisten kanssa ja tuen antaminen muille koettiin tarpeelliseksi. Kannustuksen ja tuen saantia pidettiin erilaisena perheen ja vertaisen kanssa. Vertaisen kanssa voi keskustella aroista asioista vapautuneemmin ja samalla kielellä ilman, että tulee väärinkäsityksiä tai -ymmärryksiä. Haastateltavat kertoivat, että on kannustavaa nähdä muiden onnistumisia ja tietää muiden kokemusten perusteella, mitä voi mahdollisesti odottaa omalla kohdalla. Kannustuksessa ja tuessa korostui psykologinen puoli. Haastateltavat kertoivat, että välillä ei ole keinoja auttaa vertaistaan, esim. toisen lihoessa ja jäädessä pois vertaistuen piiristä häpeän takia.

...miten toisiamme auttasimme siinä niin ei meillä oikeastaan ole konsteja. Et kyl me tarttettais siihen apua, siihen vaiheeseen.

He myös kertoivat, että leikkauksesta sairaalasta ei saa psyykkistä tukea. Vertaistuki on ainoa kanava tämänlaiselle tuelle.

Vertaistuesta sai vinkkejä syömiseen ja juomiseen, kuten ruoan määrien pienentämiseen, syömiseen työläyteen ja ajoittamiseen sekä dumping-oireisiin. Haastateltavat kertoivat saaneensa vertaistuen avulla tietoa vitamiinien ja hivenaineiden imeytymisestä leikkauksen jälkeen sekä tarvittavista lisäravinteista. Haastateltavat kertoivat myös oppivansa tuntemaan ruoansulatuksensa ja aineenvaihduntansa ja kiinnittävänsä enemmän huomiota niihin. Lihavuusleikkaus vaikuttaa loppuelämän ajan ja vertaistuesta on apua muutoksen käsittelemiseen. Vertaisilta saatujen käytännön ideoiden ja ohjeiden avulla muutoksen omaksuminen helpottuu esim. ruokalautasten pienentäminen. Vertaistuesta sai myös tietoa esim. vatsakipuihin liittyen, jolloin koettiin, ettei joka asiassa tarvitse ottaa yhteyttä sairaalaan. Toisaalta vatsakipuihin on osattu suhtautua aikaisempaa vakavammin.

Leikkauksen jälkeen aktiivisuus ja elämänhalu lisääntyvät huomasti. Vertaistukiryhmän järjestämien liikuntatapahtumien vuoksi kynnys lähteä liikkumaan madaltuu. Vertaistuen kautta löytyy myös uusia liikuntamuotoja ja -lajeja. Osa haastateltavista kertoi laihtumisen myötä syntyvästä ”kilonälästä”, jolloin laihtumisesta tulee pakkomielle.

...mulla lähti hirveet vauhtii, sit ku se normaali paino oli niinku niin äkkiä, häämötti, niin tulee se, et vielä kilo, vielä kilo, vielä yks kilo, et alle sen... mun pää vieläki työstää sitä... viel pitää muutama kilo... mitä mä en ees silloin ku mä leikattiin, niin ikinä kuvitellu...

Haastateltavat kuvailivat huomaavansa laihtumisen ja kehonkuvan muutokset hitaasti. Heillä on edelleen "lihavan identiteetti" ja, vaikka he ovat laihtuneet huomattavasti, peilistä katsoo edelleen "lihava minä".

Sä käyt vaakalla. Sä oot normaalipainonen. Sit sä meet sen peilin edestä ja sit sä oot niinku, et yöäk, mikä läski tos on? Et se ei pysy se pää siinä mukana.

Vaatekaupassa he ottavat edelleen vanhoja vaatekokoja ja huomaavat konkreettisesti laihtumisen määrän. Vertaistuen kautta saa tietoa vaate- ja kenkäkaupoista, joista löytyy sopivia kokoja. Vertaistukiryhmän tapaamisissa myös myydään ja vaihdetaan vanhoja ja sopimattomia vaatteita.

Lääkehoidon uusimmat suositukset lihavuusleikatuille potilaille saatiin usein vertaistuen kautta. Ongelmana on kuitenkin internetfoorumilla oleva suuri tiedon määrä, joista osa on jäsenien omia kokemuksia. On vaikeaa poimia ajantasainen ja oikea tieto, varsinkin kun haastateltavien kokemusten mukaan terveydenhuollossa ja sairaaloissa ei tiedetä paljoa lihavuusleikattujen potilaiden lääkityksen erikoispiirteistä: "Tää jos mikä on nostanu sitä että sä oot ite oman ittes asiantuntija".

Haastateltavat kokivat vertaistuen tarpeen muuttuvan ajan kuluessa. Leikkauksen jälkeisen akuutin vaiheen jälkeen "uudesta" elämästä tulee hitaasti arkea. Tässä vaiheessa vertaistukea ei koettu niin merkittäväksi ja haastateltavat kertoivat kiinnostuksensa laantuvan vertaistukea kohtaan. Laihtumisen seurauksena voi tulla tarvetta plastiikkakirurgisille korjausleikkauksille, jolloin vertaistuen tarve taas kasvaa. Haastateltavien mielestä on hienoa ja motivaatiota kasvattavaa nähdä vertaistensa ennen ja jälkeen -kuvia. Haastateltavat kertoivat, että koska vain harvat pääsevät korjausleikkauksiin, se voi aiheuttaa kateutta. Samaan aikaan leikattujen ja sitten ystäväystyneiden jäsenten välillä voi ilmetä kateutta, jos toisen prosessi etenee paremmin.

Haastateltavat ovat oppineet pitämään puoliaan vertaistuen avulla, ja tämä on heijastunut arkielämään. Itsetunto kohoaa uusiin ulottuvuuksiin leikkauksen jälkeen.

He eivät enää niele ja hyväksy muiden ihmisten pilkkaa. Laihtumisen myötä sosiaalinen elämä muuttuu. Muilta ihmisiltä saadut kohteliaisuudet ja epäkorrektit kommentit ulkonäöstä herättivät ristiriitaisia tunteita haastateltavissa.

7.3.3 Kokemuksia vertaistukiryhmistä

Tärkeimmäksi työkaluksi vertaistuessa ja -tukiryhmässä haastateltavat kertoivat yhdistyksen perustaman internetfoorumin, jonne vain jäsenet voivat kirjautua ja kirjoittaa. Se toimii tiedonjakelun kanavana ja toisena tapaamispaikkana, tosin virtuaalisena. Haastateltavat kertoivat, että miesjäseniä ”tapaa” vain foorumilla. He rikastuttavat vertaistukiryhmää ja vertaistukea. Foorumilla on myös tiettyä anonymiteettiä, jolloin lukija ei aina tiedä kumpaa sukupuolta kirjoittaja on.

Haastateltavat kokivat positiivisiksi asioiksi vertaistukiryhmässä asioiden puhumisen niiden oikeilla nimillä ja vertaistukiryhmän järjestämällä tapahtumilla mahdollisuuden viettää puolison kanssa laatu-aikaa, jotta puoliso näkee, ettei ryhmä ole mikään salaseura. Lisäksi haastateltavat arvostivat yhteisöllisyyttä ja yhdessäoloa. Positiivista oli myös tiedon jakaminen jäsenten ja sairaanhoitopiirien välillä ja lihavuusleikkauksiin liittyvien harhakäsitysten korjaaminen. Ajantasaisen tiedon saantia pidettiin erittäin tärkeänä. Haastateltavat painottivat, että täytyy olla oman itsensä asiantuntija esim. lääkityksen suhteen. Vertaistukiryhmästä haastateltavat kertoivat saavansa uskoa omaan prosessiinsa ja siihen, että päätös mennä lihavuusleikkaukseen oli oikein.

Kehittämistarpeiksi haastateltavat kertoivat ihmisten väliseen kanssakäymiseen liittyvät haasteet mm. riidat ja haukkumiset sekä kateellisuuden ja syyllistämisen.

...kun se on hirveen raadollista se vertaistuki ja se hallitustyöskentelyki siellä on ihan hirvittävät riidat menossa.

...rakentava kritiikki on hyvästä, mut sit ku se menee persoonallisuuksiin...

...se minkä tää leikkaus saa aikaan niin on kateus, ihan hirvee kateus...

...ei iloita tai ei voida sietää toisen onnistumista...

He myös painottivat vertaistukiryhmän tapaamispaikkojen huonoutta. Haastateltavat kertoivat tapaavansa usein ravintoloissa, joissa intiimeistä asioista keskusteleminen on

osoittautunut vaikeaksi muiden ravintola-asiakkaiden takia ja ravintolaympäristö on yleisesti haasteellinen paikka järjestää tapaamisia. Tapaamistiloihin liittyen haastatteluista nousi myös esille toive järjestää tapaamiset yksityisempiin tiloihin, esim. sairaalan kokoustiloihin. Haasteita tuottaa myös internetfoorumilla sijaitseva suuri tiedon määrä, josta osa on yksilöllisiä kokemuksia ja itseään kiinnostavan tiedon hakeminen on vaikeaa.

Huumori näyttelee erittäin suurta osaa vertaistukiryhmässä. Jäsenet puhuvat ”meikäläisistä”. Vertaistukiryhmän vuorovaikutuksesta haastateltavat kertoivat hyväksi asiaksi ryhmän avoimuuden ja eri vaiheessa olevien jäsenien rikastuttavan vaikutuksen. Lisäksi he painottivat jäsenien välistä luottamusta. Toisille voi kertoa melkein mitä vain, ja he eivät huutele niitä eteenpäin. Vaikka perheeltä saa tukea, haastateltavat eivät halua kertoa kaikista asioistaan läheisilleen. He myös pelkäsivät, että perheenjäsenet eivät ymmärtäisi heidän tilanteitaan.

Vuorovaikuttaminen ja rooli muuttuvat ryhmässä ajan myötä, ensin ”ahmii” tietoa ja myöhemmin sitä myös jakaa. Haastateltavilla oli eriäviä mielipiteitä klikeistä ja kuppikunnista, oliko niitä vai ei, sekä ryhmään liittymisen helppoudesta. Huolimatta vertaistuessa ja vertaistukiryhmässä esiintyvistä haasteista mm. ihmisten välisistä erimielisyyksistä, haastateltavat kokivat positiivisten asioiden päihittävän ne.

8 Pohdinta

8.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimus toteutettiin eettisesti ja hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu noudattaa tiedeyhteisön tutkimustapoja ja kerätä sekä käsitellä aineistoa eettisesti. Tutkimus tulee suunnitella, toteuttaa ja raportoida tieteellisyyden vaatimalla tavalla. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 132–133.)

Ihmisiin kohdistuvassa tutkimuksessa tärkeimpiä eettisiä periaatteita ovat informointiin perustuva suostumus, luottamuksellisuus, seuraukset ja yksityisyys. Tutkittavalla on oltava mahdollisuus hyväksyä tutkimus ja kieltäytyä osallistumasta siihen, kun hänelle

on kerrottu tutkimuksen luonne ja tarkoitus. (Hirsjärvi – Hurme 2000: 20.) Haastatteluun suostumisessa on nostettu esille kolme motivoivaa tekijää, joita ovat haastateltavan oman mielipiteen kertominen, omien kokemusten kuvaileminen sekä samassa tilanteessa olevien auttaminen ja aiemmat positiiviset kokemukset tutkimuksista (Eskola – Vastamäki 2010: 27–28).

Suostumus tutkimukseemme osallistumisesta saatiin informointiin perustuen. Ennen havainnointia ja haastatteluja annoimme osallistujille saatekirjelmän (liite 2), jonka kävimme suullisesti läpi. Osallistujat antoivat tietoisensa suostumuksensa tutkimukseen.

8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Opinnäytetyömme luotettavuuteen liittyvät suuresti haastattelut ja havainnointi tutkimusmenetelminä. Luotettavuutta lisäsi teemahaastattelumuoto, jolloin haastateltava saa kertoa omin sanoin tilanteestaan ilman tarkkoja rajoja. Luotettavuutta vähensivät kertahavainnointi sekä havainnointiympäristö.

Tutkimuksemme otanta on hyvä, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Kuitenkaan tutkimustamme ei voi yleistää koko Suomeen, koska haastateltavat toivat jokainen esille vain oman mielipiteensä ja elämäntarinansa.

Tulosten kirjaamisen luotettavuuteen vaikuttaa paljolti se, kuinka hyvin haastateltavat olivat ilmaisseet itseään. Jos jokin asia nousee ilmi rivien välistä, se vaikuttaa paljon luotettavuuteen, koska ei voi tietää, tarkoittiko haastateltava varmasti juuri kyseistä asiaa vai oliko se tutkijan tulkinta. Opinnäytetyömme neljässä haastattelussa oli jokaisessa muutama kohta, joita meidän piti hieman tulkita itse, koska asiaa oli kierrelty eikä sanottu suoraan. Tämä siis vähentää tutkimuksemme luotettavuutta, koska emme voi olla ihan varmoja, onko haastateltava tarkoittanut aivan samaa, mitä olemme tulkinneet. Toisaalta meitä on ollut useampi kuin yksi analysoimassa tuloksia, joten väärinymmärrysten riski pienenee ja näin ollen luotettavuus paranee.

Haastateltavat nostivat esille esitietolomakkeemme (liite 3) puutteita, esim. painoindexin kohdalla ei ollut eritelty, että kysytäänkö nykyistä vai ennen leikkausta

koskevaa painoa. Myös esitietolomakkeen kaksipuolisuus oli osalle haastateltavista yllätys, koska paperissa ei lukenut käännä.

Opinnäytetyömme tulosten luotettavuuteen saattaa myös vaikuttaa se, että haastateltavat olivat kaikki aktiivisia jäseniä. Heidän näkemyksensä yhdistyksensä toiminnasta ja vuorovaikutuksesta saattaa olla erilainen kuin uudemmilla jäsenillä.

8.3 Tulosten tarkastelu

Haastatteluista esiinnousseet aiheet vastasivat hyvin teoriasta ja aikaisemmista tutkimuksista keräämiämme tuen ja ohjauksen tarpeita (liite 1). Tuloksista korostui uudeksi ilmiöksi suuri psyykkisen tuen tarve. Tutkimuksesta saadut tulokset antavat ensikäden tietoa suomalaisista lihavuuskirurgisista potilaista sekä heidän vertaistukikokemuksistaan, joita ei ole aikaisemmin Suomessa tutkittu.

Haastattelumateriaali kasvoi suureksi, koska haastattelijat eivät ohjanneet keskustelua kovinkaan paljoa. Keskustelua olisi voinut ohjata enemmän vertaistukikokemuksia sisältäväksi. Haastateltavat kertoivat omista kokemuksistaan laajemmin kuin opinnäytetyömme tutkimustehtävät olisivat edellyttäneet. Tästä syystä tulosten poimiminen oli haasteellista, koska tietoa oli laajalti ja vertaistukikokemusten erottaminen muista kokemuksista oli työlästä. Haastattelumateriaali sisältää muutakin kuin vertaistukeen liittyvää tietoa lihavuuskirurgisten potilaiden kokemuksista. Esitietolomakkeella (liite 3) kerättyä tietoa emme käyttäneet työmme tuloksissa.

Vaikka aihe oli haastateltaville arka, he kertoivat siitä avoimesti. He haluavat, että tulevat lihavuuskirurgiset potilaat eivät kokisi samanlaisia ongelmia ja haasteita kuin ovat itse kokeneet. Tämän takia haastateltavat osallistuivat tutkimukseen.

Tutkimuksen tuloksista kävi ilmi vertaistukiryhmän internetfoorumin suuri hyödyllisyys. Foorumin tuoma anonymiteetti saattaa mahdollistaa vielä vapautuneemman ilmapiirin kertoa aroista asioista. Toisaalta virtuaalisessa maailmassa keskusteleminen voi kärjistyä hyvinkin nopeasti, koska ihmiset voivat käyttäytyä suorasanaistemmin internetin tuoman ”muurin” vuoksi.

8.4 Jatkotutkimusaiheita ja kehittämishaasteita

Jatkotutkimusaiheita voisi olla lihavuuskirurgisen potilaan kokema psyykkinen rasitus ja sen huomioiminen hoidossa sekä lihavuuskirurgisen potilaan hoitopolkujen ja hoitokäytäntöjen erojen selvittäminen Suomessa. Vertaistuen kehittämishaasteita ovat vertaistuen näkyvyyden lisääminen ja parempien tilojen saaminen vertaistukiryhmien tapaamisia varten sekä terveysalan ammattilaisten palveluiden saaminen vertaistuen piiriin. Lisäksi terveydenhuollon tiedonkulkua pitäisi kehittää lihavuuskirurgisten potilaiden hoidon osalta.

Lähteet

Applegate, Katherine L. – Friedman, Kelli E. 2008. Original Papers: The Impact of Weight Loss Surgery on Romantic Relationships. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care* 3 (2). 135–141. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <<http://online.liebertpub.com/doi/pdfplus/10.1089/bar.2008.9976>>.

Asikainen, Jaana (toim.) 2007. Sairaanhoitajan käsikirja. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Gastroenterologisen ja yleiskirurgian klinikka. Päivitetty 2010.

Blom, Saara – Heikkinen, Leena – Kantelinen, Saana 2011. Lihavuuskirurgisen potilaan kokemuksia saadusta ohjauksesta ja tuesta. Opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Helsinki.

Colella, Tracey – King, Kathryn 2004. Peer support. An under-recognized resource in cardiac recovery. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 3 (3), 211–217. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <<http://cnu.sagepub.com/content/3/3/211.full.pdf+html>>.

Earvolino-Ramirez, Marie 2008. Perspective: Living with Bariatric Surgery: Totally Different but Still Evolving. *Bariatric nursing and surgical patient care* 3 (1). 17–24. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <<http://online.liebertpub.com/doi/pdfplus/10.1089/bar.2008.9996>>.

Eskola, Jari – Vastamäki, Jaana 2010. Teemahaastattelu. Opit ja opetukset. Teoksessa Aaltola, Juhani – Valli, Raine (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle*. Jyväskylä: PS-kustannus. 26–31.

Gillet, Heidi – Vellonen, Noomi 2010. Lihavuuskirurgisen potilaan ohjauksen ja tuen kehittäminen. Potilaan yhteydenottosyyt osastolle leikkauksen jälkeen. Opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Helsinki.

Heinlein, Catherine R. 2009. Dumping Syndrome in Roux-en-Y Bariatric Surgery Patients: Are They Prepared? *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care* 4 (1). 39–47. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa
<<http://online.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/bar.2009.9992>>.

Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino Oy.

Ikonen, Tuija S. (toim.) 2009. Sairaalloisen lihavuuden leikkaushoito. THL raportti. Helsinki: Yliopistopaino Oy.

Kankkunen, Päivi - Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimushoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.

Kirkpatrick, Mary K. – Esterhuizen, Philip – Drake, Dan 2009. An Optimal Caring/Healing Environment for Obese Clients. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care* 4 (2). 123–132. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa
<<http://online.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/bar.2009.9978>>.

Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Latvala, Eila – Vanhanen-Nuutinen, Liisa 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Helsinki: WSOY. 21–43.

Leivonen, Marja 2008. Kilot kuriin kirurgialla. Verkko-Husari 1/2008. Julkaistu 15.2.2008. Verkkodokumentti.
<<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,46,14828,14829,7967,21432,21592,21447>>
Luettu 2.3.2012.

Leivonen, Marja – Juuti, Anne – Palomaa, Tarja – Mattila, Lea-Riitta – Häggman-Laitila, Arja – Rekola, Leena 2010. Lihavuuskirurgisen potilaan ja hänen perheensä neuvontamallin kehittäminen Peijaksen sairaalassa. Tutkimussuunnitelma.

Mattila, Lea-Riitta - Rekola, Leena - Häggman-Laitila, Arja 2012. Lihavuuskirurgisen potilaan kokemuksia ohjauksen ja tuen tarpeista ja ohjausinterventiot. Järjestelmällinen katsaus. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 49. 247–261.

Mead, Sherry – Hilton, David – Curtis, Laurie 2001. Peer support: A theoretical perspective. Psychiatric Rehabilitation Journal 25 (2). 134–141. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa
<<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8ecb0a7b-67b8-4b72-94cc-1864f34975eb%40sessionmgr113&vid=2&hid=104>>.

Mikkonen, Irja 2009. Sairastuneen vertaistuki. Akateeminen väitöskirja. Kuopion yliopisto.

Mitchell, James – Olbrisch – Mary Ellen – Pino, Harry – Ritz, Stephen – Rowen, Lisa – Taylor, Renay 2008. Roundtable Discussion. Body image. Bariatric nursing and surgical patient care 3 (4). 241–248. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa
<<http://online.liebertpub.com/doi/pdfplus/10.1089/bar.2008.9953>>.

Mustajoki, Pertti - Gylling, Helena - Malmivaara, Antti 2009. Lihavuusongelman ja ei-kirurgisten hoitovaihtoehtojen kuvaus. Teoksessa Ikonen, Tuija S. ym. (toim.): Sairaalloisen lihavuuden leikkaushoito. THL raportti. Helsinki: Yliopistopaino Oy.

Mustajoki, Pertti 2010. Lihavuus. Lääkärikirja Duodecim. Verkkodokumentti. Julkaistu 27.10.2010.
<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00042> Luettu 16.1.2012.

Nelbom, Bente – Naver, Lars – Ladelund, Steen – Hornnes, Nete 2010. Patient Characteristics Associated with a Successful Weight Loss after Bariatric Surgery. Bariatric nursing and surgical patient care 5 (4). 313–319. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <<http://online.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/bar.2010.9994>>.

Niemistö, Raimo 2007. Ryhmän luovuus ja kehitysehdot. Helsinki: Palmenia.

Nylund, Marianne 1999. Oma-apuryhmät välittäjinä arjessa. Teoksessa Hokkanen, Liisa – Kinnunen, Petri – Siisiäinen, Martti (toim.) 1999. Haastava kolmas sektori. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto. Jyväskylä.

Ollikainen, Heikki 2004. Turmiolan Tommi Internetissä. Sisällönanalyysi Päihdelinkin alkoholismikeskustelusta. Tiedotusopin lisensiaatintutkielma. Tampereen yliopisto. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/lisuri00021.pdf>> Luettu 30.11.2012.

Sane, Timo 2009. Lihavuuden leikkaushoito. Lääkäri käsikirja. Verkkodokumentti. Päivitetty 5.5.2009. <http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ykt01408&p_haku=lihavuuden%20leikkaushoito>. Luettu 8.3.2012.

Sarwer, David B. 2008. Guest Editorial: The Importance of Postoperative Care. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care* 3 (2). 89–91. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <<http://online.liebertpub.com/doi/pdfplus/10.1089/bar.2008.9983>>.

Stewart, Karen E. – Olbrisch, Mary Ellen – Bean, Melanie K. 2010. Back on Track: Confronting Post-Surgical Weight Gain. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care* 5 (2). 179–185. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <<http://online.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/bar.2010.9920>>.

Sutton, Douglas H. – Murphy, Natalie – Raines, Deborah A. 2009. Transformation: The "Life-Changing" Experience of Women Who Undergo a Surgical Weight Loss Intervention. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care* 4 (4). 299–306. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <<http://online.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/bar.2009.9948>>.

Tarnanen, Kirsi – Pietiläinen, Kirsi – Hakala, Paula – Koivukangas, Vesa – Kukkonen-Harjula, Katriina – Marttila, Jukka – Rissanen, Aila – Saarni, Suoma 2011. Lihavuus (aikuiset). Käyvän hoidon potilasversiot. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/khp00017>>. Luettu 5.3.2012.

Tiuraniemi, Juhani 1993. Yksilö, ryhmä, organisaatio. Sosiaalipsykologian perusteita. Turku: Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskus.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Victorzon, Mikael – Koivukangas, Vesa – Gylling, Helena – Kumpulainen, Tuija – Ikonen, Tuija S. 2009. Kirurgisten hoitojen kuvaus ja nykykäytännöt. Teoksessa Ikonen, Tuija S. (toim.): Sairaalloisen lihavuuden leikkaushoito. THL raportti. Helsinki: Yliopistopaino Oy. 46–51.

Walfish, Steven – Brown, Tuesday A. 2009. Self-Assessed Emotional Factors Contributing to Increased Weight in Presurgical Male Bariatric Patients. *Bariatric nursing and surgical patient care* 4 (1). 49–52. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <<http://online.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/bar.2009.9991>>.

Whitfield, Paulette J. – Grassley, Jane 2008. Nurses' Experiences of Caring for Postoperative Bariatric Patients. *Bariatric nursing and surgical patient care* 3 (4). 291–298. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <<http://online.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/bar.2008.9945>>.

Kokemuksia vertaistukiryhmistä ja saamastaan tuesta

Kokemuksia vertaistukiryhmistä

positiiviset
(hyödyt)

Kehittämisen-
tarpeet

vuorovaikutus

Kokemuksia saamastaan tuesta vertaistukiryhmässä

Preoperatiiviset

Kannustus ja
tuki

Syöminen ja
juominen

Ihmisten väliset
kanssakäymiset

Tunteet ja
ulkonäön
muutokset

Muutokset
kehossa ja
identiteetissä

Sitoutuminen ja
elämäntavan
muutokset

Mieliala ja lihavuuden
Identiteetti

Korjausleikkaukset

Oikeudet ja
velvollisuudet

Kipu

Liikkuminen
ja liikunta

Kiusaaminen ja
esineellistäminen

Kokemuksia saamastaan tuesta vertaistukiryhmässä

Postoperatiiviset

Pahoinvointi

Lääkehoito

Oikeudet ja
velvollisuudet

Sitoutuminen ja
elämäntavan
muutokset

Haasteet
elämässä

Ihmisten väliset
kanssakäymiset

Muutokset kehossa ja
identiteetissä

Liikkuminen
ja liikunta

Kipu

Mieliala ja
tunteet

Korjausleikkaukset

Syöminen ja
juominen

Komplikaatiot ja
haittavaikutukset

Palaute

Kannustus

Saatekirjelmä

Hyvä vertaistukiryhmään osallistuva

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Metropolian ammattikorkeakoulusta. Olemme tekemässä opinnäytetyötä lihavuuskirurgisten potilaiden kokemuksista vertaistukiryhmistä.

Opinnäytetyömme kuuluu osana Metropolia ammattikorkeakoulun ja Peijaksen sairaalan tutkimus- ja kehittämishankkeeseen: Lihavuuskirurgisen potilaan ja hänen perheensä ohjaus- ja neuvontamallin kehittäminen Peijaksen sairaalassa. Hankkeeseen on jo tehty opinnäytetöitä, joihin haastateltiin 20 lihavuuskirurgista potilasta ennen ja jälkeen leikkauksen. Kerätystä aineistosta nousi ilmi vertaistuen tarpeen tärkeys lihavuuskirurgisen potilaan hoidossa.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää lihavuuskirurgisten potilaiden kokemuksia vertaistukiryhmistä. Työtämme ohjaa yliopettaja (FT) Leena Rekola. Aineistonkeruumenetelmänä käytämme ryhmähaastattelua ja havainnointia. Hyödynnämme Teidän ryhmäännne aineistonkeruussa. Tällä kokoontumiskerralla havainnoimme ryhmänne toimintaa ja dynamiikkaa, jonka jälkeen suoritamme haastattelun ryhmänne seuraavalla kerralla.

Haastatteluun osallistuminen on Teille vapaaehtoista ja voitte keskeyttää sen milloin haluatte. Antamanne tiedot käsitellään luottamuksellisesti, eikä henkilöllisyytenne tule esille missään vaiheessa.

Vastauksenne ja kokemuksenne ovat meille erittäin tärkeitä, koska haastattelun tuloksia hyödynnetään edellä mainitun tutkimus- ja kehittämishankkeen ohjaus- ja neuvontamallin kehittämisessä. Haastattelun tulokset tullaan julkaisemaan opinnäytetyössämme sähköisesti Theseus-tietokannassa.

Pyydämme Teitä ystävällisesti osallistumaan haastatteluun. Mikäli Teillä on jotain kysyttävää, vastaamme niihin mielellämme.

Kiitos suostumuksestanne.

27.9.2012 Helsinki

Leena Rekola
työnohjaaja, yliopettaja FT

Tuukka Aho
sairaanhoitajaopiskelija

Irinja Kinnunen
sairaanhoitajaopiskelija

Juha Kylmä
sairaanhoitajaopiskelija

Esitietolomake

ESITIETOLOMAKE HAASTATTELUA VARTEN

Ikä: 1. 20–30 2. 31–40 3. 41–50 4. 51–60 5. yli 60 vuotta

Sukupuoli 1. Nainen 2. Mies

Leikkaus on jo tehty 1. Kyllä 2. Ei

Jos vastasitte kyllä, niin milloin? _____ (kk/vuosi)

Leikkaustyyppi 1. Panta
2. Ohitus
3. Typistys

Painoindeksi (BMI) _____ (Kg/m²)

Jos ette tiedä, pituus _____ cm ja paino _____ kg

Siviilisääty 1. Naimaton
2. Avio-/avoliitto
3. Parisuhde
4. Eronnut
5. Leski

Missä määrin lihavuus on vaikuttanut elämänlaatuusi?

0 Ei lainkaan

1 Vähän

2 Jonkin verran

3 Paljon

Missä määrin leikkaus on vaikuttanut elämänlaatuunne?

0 Ei lainkaan

1 Vähän

2 Jonkin verran

3 Paljon

Milloin olette aloittanut vertaistukiryhmässä? _____ (kk/vuosi)

Aloititko vertaistukiryhmässä ennen vai jälkeen leikkauksen? 1. Ennen
2. Jälkeen

Montako kertaa olet osallistunut vertaistukiryhmään? _____

Mitä kautta olet liittynyt vertaistukiryhmään?

Mitä kautta sait tiedon vertaistukiryhmästä?

Kertokaa vapaamuotoisesti miten lihavuus on vaikuttanut elämänlaatuunne?

Kertokaa vapaamuotoisesti miten leikkaus on vaikuttanut elämänlaatuunne?
